

- **Tous les items** en version PDF
- **Tests** de lecture
- Qu'est-ce qui peut tomber à l'examen ? **Les réponses**
- **Des photothèques**
- **Des quiz**
- **Des vidéos**
- **Des interviews**

RÉFÉRENCES UNIVERSITAIRES

Le programme des études et la rémunération des médecins

Jean-Michel Chabot
Faculté de médecine,
Marseille

On peut s'interroger sur l'opportunité de traiter la question de la rémunération d'une profession dès la formation initiale. Cela peut paraître inapproprié, où à tout le moins prématuré, si la question était abordée autrement que dans les ultimes sessions de formation, juste avant la première immersion professionnelle. On peut aussi considérer que l'organisation des professions de santé – incluant les questions de rémunération – doit être assez précocement présentée aux étudiants, en particulier à une époque où la question de la responsabilité sociale des facultés est évoquée dans tous les pays développés, où plus personne n'ignore le volet populationnel de la médecine et, au-delà, les intrications profondes entre les choses du social et celles du sanitaire. C'est précisément ce choix qui vient d'être fait. Le nouveau programme du cycle de master des études (anciens D2, D3 et D4, ce qui correspond à des étudiants entre 21 et 24 ans pour la plupart) comporte en particulier un item 17 au sein de l'unité « Apprentissage de l'exercice médical et de la coopération interprofessionnelle » où les questions de rémunération sont abordées dans les termes suivants : « *Discuter l'évolution des modes de rémunération des professionnels dans le système conventionnel (à l'acte, à la « performance », au forfait) »*. En France, cela concerne 115 000 médecins en exercice (les 3/4 de notre corps professionnel). Et la question est d'autant plus pertinente que le seul paiement à l'acte qui se pratiquait de manière quasi

exclusive depuis des temps immémoriaux dans notre médecine occidentale se trouve maintenant complété par d'autres modes de rémunération, forfait et « paiement à la performance » (v. encadré). Dans la plupart des cas, en France comme dans les autres pays développés, ces nouveaux modes de rémunération interviennent dans le cadre de politiques d'amélioration de la qualité/sécurité des soins. Ces incitations financières – connues dans le langage anglo-saxon sous les termes *pay for performance*, traduite par l'acronyme P4P – sont elles-mêmes diversifiées. Elles ont fait l'objet d'une revue systématique dès 2006 dans *Annals of internal medicine*. Cette revue¹ réalisée par une équipe multidisciplinaire d'un service recherche et développement d'hôpitaux américains a permis de réanalyser les résultats de 17 travaux publiés entre 1980 et 2005. Les principaux enseignements – relevant souvent du simple bon sens mais désormais étayés par les résultats de l'expérimentation – étaient les suivants : – les mesures de qualité des soins (sur lesquelles sont fondées l'attribution éventuelle d'incitations financières) devraient résulter d'une combinaison entre mesures des « procédures » et mesures des « résultats » de soins, notamment parce que des mesures établies indépendamment, soit sur les « procédures » soit sur les « résultats », se traduisent par des effets partiels, inattendus et quelquefois paradoxaux ; – le niveau des incitations financières est important ; en particulier il semble exister un seuil bas en-deçà duquel l'incitation est ineffective ;

– il est probable que des incitations de types variés, activant des éléments de motivation divers, sont davantage efficaces ;

– il est vraisemblable que des mesures de qualité intervenant sur l'ensemble d'un processus de soins (depuis le motif initial jusqu'au retour à la normale) sont davantage efficaces.

Au-delà de ces premières données synthétiques, les auteurs avaient identifié une série de questions pour lesquelles des réponses étaient requises avant d'envisager une extension de la politique d'incitations financières.

→ Pour quels segments ou types d'activités au sein du système de soins peut-on attendre d'une politique d'incitations financières les gains les plus importants en termes de qualité des soins : les affections chroniques ? les situations aiguës ou d'urgence ? la médecine préventive ?

→ Pour quels types d'organisation de l'exercice médical (cabinet de groupe, exercice hospitalier) les incitations financières sont-elles les plus efficaces ?

→ Dans le cas d'une politique d'incitations financières, que sait-on de la proportion souhaitable (par rapport à la rémunération de base) de la fréquence optimale des versements incitatifs et du maintien de l'efficacité dans le temps ?

→ Qui doit bénéficier des incitations financières : les patients ? les prestataires de soins ? les gestionnaires/financeurs ? l'hôpital ? les médecins ? tous ?

→ Quelles analyses de qualité de soins doivent être privilégiées : celles qui concernent les procédures de soins ? celles qui s'attachent aux résultats cliniques ? les deux ?

→ Est-ce que les politiques incitatives sont efficaces pour réduire la surconsommation de biens et de services médicaux (comme la consommation excessive d'antibiotiques, par exemple) ?

→ Est-ce que les objectifs d'une politique d'incitations financières doivent être exprimés en pourcentage absolu à atteindre (90 % des malades en post-infarctus sous bêtabloquants/aspirine) ou au contraire en pourcentage relatif (amélioration de l'ordre de 30 % par rapport à l'état actuel). S'agit-il de prendre en compte chaque patient pris en charge ou au contraire d'être attentif « à la moyenne », ou encore faut-il combiner les deux ?

→ Les incitations doivent-elles être associées avec d'autres facteurs comme des aides à l'exercice (suivis d'indicateurs cliniques, aide-mémoire, *staffs* d'équipe) ?

À ces questions, on peut ajouter les deux interrogations souvent rappelées sur les risques inhérents aux incitatifs financiers : *N'encouragent-ils pas à une dérive vers la sélection des malades ? Et ne provoquent-ils pas des « effets lampadaires » ?* (tout ce qui n'est pas sous le scope de l'incitatif est laissé dans l'ombre).

Près de 6 années plus tard, la même équipe vient de confirmer l'intérêt relatif du paiement à la performance dans le JAMA.² Ce sont ainsi une centaine de professionnels, médecins, infirmières et pharmaciens qui ont été impliqués dans une étude sophistiquée, visant à analyser la qualité du contrôle tensionnel de plus de 2 500 sujets hypertendus, suivis sur plus de 3 années.

À noter, de surcroît, que les taux de contrôle tensionnel, tout au long de cette étude, étaient de l'ordre de 75 à 80 % ! •

Les forfaits et le paiement à la performance

Dans le système conventionnel, certaines prestations récurrentes peuvent être payées sous forme forfaitaire. En France, la nomenclature des actes (dès 1960) forfaitisait déjà l'accouchement simple (225 F à Paris ; 290 pour un accouchement gémellaire) sur la base moyenne d'une quinzaine de visites. Mais cette pratique est restée rare. Elle concerne aujourd'hui certaines majorations comme pour les consultations de personnes âgées, les consultations pédiatriques, la délivrance de soins palliatifs à domicile, et, depuis 2005, la coordination par le médecin traitant des patients en « affection de longue durée » (40 € par patient et par an). Différentes options conventionnelles, comme l'option « démographie » pour les médecins s'installant en zone déficitaire, sont également rémunérées forfaitairement. Surtout, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008 a acté l'expérimentation de « nouveaux modes de rémunération » permettant à des médecins (et à d'autres professionnels de santé), regroupés en équipe au sein de maisons ou centres de santé, d'obtenir des financements forfaitaires par dérogation au droit commun pour des projets spécifiques, p. ex. de permanence des soins ou d'éducation thérapeutique du patient. Le paiement à la performance a été importé

en France en 2009 sous la forme du « contrat d'amélioration des pratiques individuelles » qui a été intégré à la convention de 2011 sous l'intitulé « Rémunération sur objectifs de santé publique ». Quatre familles d'objectifs quantifiés et mesurables par l'assurance-maladie sont proposées aux médecins adhérents, portant respectivement sur l'organisation du cabinet (équipement informatique, tenue des dossiers, télétransmission, etc.), le suivi des pathologies chroniques (diabète, HTA, etc.), la prévention et la santé publique (vaccination contre la grippe, dépistage organisé du cancer du sein, traitement de longue durée par anxiolytiques), et l'efficacité de la prescription (prescription de produits génériques dans des classes où ils coexistent avec des produits qui ne le sont pas). À chaque famille sont affectés des points que le médecin peut acquérir en se rapprochant le plus possible de l'objectif, par exemple en augmentant la proportion de ses prescriptions dans le répertoire des génériques. La prime maximale correspondant à un taux d'atteinte de 100 % est de 9 100 € (2012). Ce système a connu un certain succès et le montant de prime versé aux adhérents pour 2012 se monte à 5 400 € environ, soit un taux d'atteinte de l'ordre de 60 %.

1. Petersen L, Woodard LD, Urech T. Does pay for performance improve the quality of health care ? *Ann Intern Med* 2006;145:265-72.

2. Petersen L, Simpson K, Pietz K. Effects of individual physician level and practice level financial incentives on hypertension care. *JAMA* 2013;310:1042-50.